

MUJERES, SALUD REPRODUCTIVA Y PREVENCIÓN: PRÁCTICAS INDIVIDUALES Y ACCIONES PÚBLICAS

*Elsa López y Liliana Findling**

Introducción

Ciertos indicadores de la salud de las mujeres deberían alertar a los funcionarios encargados de las políticas de salud de la Argentina. Aunque la esperanza de vida al nacimiento es mayor que la de muchos países de América Latina y excede en alrededor de 7 años la homóloga de los varones (77 contra 70 años, respectivamente, durante el último quinquenio de 1990), la mortalidad materna sigue siendo muy elevada: 41 defunciones de mujeres por cada cien mil nacidos vivos en 1999, cifra que es esperable que subestime la magnitud del fenómeno debido a que algunas defunciones por complicaciones del embarazo, el parto o el posparto se registran como causas ajenas a estos procesos (Ministerio de Salud, 2000). El aborto inducido, que se mantiene en los últimos años como la causa más importante de la mortalidad materna, se constituye en una de las fuentes de preocupación cuando se trata de la salud femenina, así como las fallas en las prácticas preventivas del cáncer de cuello uterino y de mama.

En la lucha contra el cáncer se ha puesto énfasis en la prevención y el diagnóstico temprano. En el cáncer de cuello del útero se acepta que el examen de la población femenina por medio de la citología exfoliativa cervical (Pap) reduce el riesgo de carcinoma invasor del cuello uterino. En el cáncer de mama, la mamografía (Mx) y el examen físico mamario (EF) reducen la mortalidad.

Numerosos estudios han mostrado que el efecto de la prevención en la reducción de la mortalidad por cáncer cérvico-uterino y mamario es mayor que el obtenido con otro tipo de avance terapéutico. A pesar de ello, la frecuencia de estas enfermedades continúa siendo importante: el cáncer de mama constituye la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres en el conjunto del país y en 14 provincias, mientras que el cáncer de cuello uterino ocupa el primer lugar en otras 8 provincias. Se estima que más de 5000 mujeres fallecen anualmente por causa de estas patologías (Loria, Vilensky y Matos, 1993; Matos y otros, 1995).

La trascendencia de este problema estriba en que la población más afectada por el cáncer de cuello es la de los estratos socioeconómicos más bajos, con menor acceso a los servicios de salud. Los factores de riesgo asociados a esta patología se vinculan a patrones sexuales y reproductivos: edad temprana a la iniciación sexual, número elevado de partos e ingesta prolongada de anticonceptivos orales, así como a la existencia del virus del papiloma humano. El factor con mayores efectos protectores continúa siendo la prevención secundaria a través de la citología vaginal. Estudios realizados en la Argentina muestran profundas limitaciones en los servicios de salud en cuanto a su capacidad de transmisión de los conocimientos adecuados sobre los exámenes citológicos y la importancia de la participación de las mujeres en el seguimiento de las pruebas positivas. Ramos y Pantelides (1990) señalan que un largo tiempo de espera (3 horas o más) en los Hospitales tiene un efecto negativo sobre la revisita posterior a los servicios de salud.

En cuanto al cáncer de mama, en la Argentina y otros países de América Latina existe una asociación positiva entre el nivel de las tasas de mortalidad y las provincias con

* Instituto de Investigaciones Gino Germani – Facultad de Ciencias Sociales – Universidad de Buenos Aires

mayor desarrollo socioeconómico (Matos y otros, 1995). Los factores de riesgo mencionados más frecuentemente son la herencia, la edad, patrones de conducta reproductiva ligados a primeros embarazos después de los 30 años y al menor número de hijos, la edad temprana a la menarca, factores nutricionales relacionados con la ingesta de grasas y alcohol y el consumo de anovulatorios durante largos períodos de tiempo.

La mortalidad por cáncer génito-mamario no ha disminuido en la Argentina a pesar de las prácticas preventivas. Un dato de utilidad para la planificación de estrategias de prevención es conocer el uso que las mujeres hacen de esas prácticas, porque éstos son algunos de los escollos que se deben superar para lograr la detección temprana. El conocimiento de los planes y programas y el análisis de campañas relacionadas con la prevención permitirá también evitar la superposición de acciones y diseñar políticas donde las necesidades de salud de las mujeres se acompañen de estándares de calidad de los servicios.

A pesar de la aprobación formal del Programa Médico Obligatorio para la Seguridad Social de 1996, del Programa Nacional de Control de Cáncer elaborado en colaboración con diversas Sociedades Científicas y del Subprograma de Prevención Secundaria de Cáncer de Mama no se ha logrado en nuestro país una coordinación efectiva de Programas orientados a disminuir las consecuencias del cáncer génito-mamario.

En la búsqueda de la reducción de la morbimortalidad habría que pensar en dos ejes principales: por una parte, el de las políticas públicas como oferentes de mecanismos de prevención y promoción de la salud y, por la otra, el la población que demanda los servicios.

Para intentar interpretar estos fenómenos se puede recurrir al concepto de construcción social del riesgo y, al respecto, Nathanson (1996) propone analizar las variables sociales y políticas como determinantes de la forma en la cual las políticas de salud son iniciadas, diseñadas y llevadas a la práctica. Para ello menciona tres variables independientes e interrelacionadas entre sí: 1) el grado de centralización del Estado (a mayor centralización existe mayor probabilidad de “construir riesgos” como amenazas al cuerpo político más que a los individuos o subgrupos), 2) la presencia o ausencia de organizaciones de base activas (que tienen más solidez en los Estados más fragmentados que en los centralizados) y 3) la “construcción del riesgo”, que difiere de país en país y que la autora ejemplifica con la política de salud materno-infantil y el tabaquismo en Francia y en los Estados Unidos, países con estilos diferentes de “construcción del riesgo”. En Francia, la atención materno-infantil se originó en la necesidad de políticas que favorecieran el aumento del tamaño de la familia, ya que el descenso de la fecundidad y el envejecimiento de la población se habían convertido en preocupación del Estado; en cuanto a las conductas privadas del consumo de cigarrillos y bebidas alcohólicas Francia adoptó una conducta prescindente. En los Estados Unidos el fenómeno se dio a la inversa, y la asistencia pública en temas materno-infantiles no se considera prioritaria asociándola a las minorías étnicas o sociales; en contraposición, la sociedad norteamericana se manifiesta muy perceptiva a los individuales, de allí que los mensajes contra el tabaco y el alcohol estén centrados en los riesgos y derechos de las inocentes víctimas de los fumadores, de los bebedores que manejan vehículos y de las empresas.

Mary Douglas (1996), al referirse al riesgo desde la perspectiva de las Ciencias Sociales, señala que cada sociedad elabora sus normas de responsabilidad mutua, juicio y retribución y que un sistema social debe preguntarse acerca de cuál es la sociedad que desea y no cuál es el riesgo aceptable. En las respuestas a esa pregunta se inscribirá un vasto abanico de sistemas éticos y surgirán sin duda conflictos. Lo importante para la

comprensión de la construcción social del riesgo radica en la interacción entre los procesos sociales y los valores compartidos. La percepción del riesgo en la vida cotidiana va de la mano de la percepción de la salud y se relaciona con la capacidad de afrontar situaciones, la responsabilidad y la reciprocidad. Cuanto más aislada está una persona y cuanto más dispersa es su red social, tanto más tenderá a decidir sus propias reglas de riesgo. En contraste, las comunidades tienden a determinar qué daños se pueden prevenir y para ello implanta una serie de valores por las cuales diversos eventos pueden considerarse graves o leves. En la diferenciación sociocultural y económica existente entre los individuos de una sociedad influyen aspectos que se adquieren durante el proceso de socialización, lo cual no significa que sean inamovibles. En esta misma dirección se interpreta la contribución de Bourdieu (1985), que postula que las producciones culturales acumuladas históricamente en las sociedades no pertenecen por igual a todos los individuos sino a aquellos que detentan los medios y los saberes para apropiárselos. Esta idea remite a una heterogeneidad de modalidades de acceso y acumulación de los bienes culturales que determina estilos de vida diferentes según las posibilidades de acceder a ellos.

El trabajo que se presenta es parte del Proyecto “Salud reproductiva, prácticas preventivas y acciones públicas”¹ y ha sido financiado por la Universidad de Buenos Aires. Se buscó conocer los Programas gubernamentales de Salud Reproductiva y las prácticas preventivas que tienen las mujeres de la Ciudad de Buenos Aires (CBA).

En la primera parte del trabajo se describen los Programas vinculados a la prevención de la salud reproductiva y se analizan las entrevistas en profundidad a los funcionarios responsables de dichos Programas en la CBA. En la segunda parte se examinan los resultados de una encuesta cuantitativa telefónica que interrogó sobre prácticas reproductivas y preventivas a mujeres de 15 a 69 años que residen en la CBA.

¿Qué dicen los funcionarios responsables de los Programas de Prevención en Salud Reproductiva de la Ciudad de Buenos Aires?

Para las entrevistas con los responsables de los programas se utilizó una guía de pautas que incluyó los siguientes temas: antecedentes de cada Programa, población objetivo, actividades que realizan, ámbito institucional en que se desarrolla, logros y dificultades en la puesta en práctica, producción de información, relación del Programa con otros programas o niveles de la administración pública de salud, evaluación de los resultados, difusión del Programa, campañas de prevención y evaluación de las mismas y efectos de la Ley de Salud Reproductiva sobre el Programa.

El surgimiento de los Programas

El Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable (PPR) se creó en 1986, dedicándose al principio a la atención de adolescentes. Esta decisión no dejaba de ser conflictiva en los años de 1980, principalmente porque los funcionarios encargados de las políticas de salud estaban muy influenciados por las perspectivas anti-neomalthusianas y confundían el concepto y la práctica de la salud reproductiva de esa década con las políticas de población de las décadas de 1960 y 1970, dirigidas sobre todo a bajar el ritmo de crecimiento demográfico mediante el control de la natalidad en

¹ El equipo de investigación está formado por Elsa López (Directora del Proyecto), Liliana Findling, Andrea Federico, Carolina Peterlini, Marisa Ponce y Patricia Schwarz, quienes han colaborado en todas las etapas de la investigación.

los países en desarrollo. Estas ideas, sin fundamentos en la Argentina, donde el crecimiento de la población ha sido moderado, persistieron hasta épocas muy recientes, explica en parte por qué no se han realizado Encuestas de Fecundidad ni de Demografía y Salud.

En los inicios del PPR, y en razón de que la magnitud del problema no lo hacía ver todavía como cuestión prioritaria, el Sida no aparecía como uno de los ejes principales de las actividades.

El Programa de Pap y Mamas (PPM) comenzó en 1998 como resultado de un convenio entre la Dirección de la Mujer con la Secretaría de Salud para realizar Pap y mamografía. Se buscaba extender los horarios de atención hasta las 19 horas en 6 hospitales de la Ciudad de Buenos Aires. Esta modalidad se diseñó luego de que se comprobara que las mujeres no hacían periódicamente el PAP ni el estudio de mamas.

La Dirección Adjunta de SIDA de la Secretaría de Salud se creó en 2000 y coordina con un abordaje multidisciplinario las actividades de SIDA que se realizan en la Ciudad. Tiene como objetivo fortalecer el trabajo en red en el terreno preventivo, asistencial y de laboratorio y trabajar en conjunto con organizaciones de la sociedad civil. Se propone trabajar en accesibilidad a preservativos y tratamientos y reducción de daños.

El Consejo por los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes se creó en 1999 y además de albergar a chicos en situación de calle, realiza talleres en escuelas en horarios extra-curriculares dirigidos a alumnas/os de los primeros años de educación secundaria.

El 60% de la población femenina que atiende el PPR y el PPM proviene de la Ciudad de Buenos Aires y el resto del área suburbana que rodea la Capital.

Al inicio del PPR, los anticonceptivos femeninos se obtenían por donaciones de los laboratorios. En la actualidad, la recaudación del Bingo de Buenos Aires se utiliza para comprar insumos de todos los métodos aprobados por la Ley de Salud Reproductiva (hormonales de última generación, mecánicos y de barrera), que se distribuyen gratuitamente en todos los establecimientos públicos de salud. También se compran los insumos para la tamización de detección de infecciones de transmisión sexual.

El PPR funciona en cada uno de los hospitales públicos y centros de salud de la Ciudad de Buenos Aires. Los perfiles de los recursos humanos y la organización de cada efector son diferentes. Las actividades de prevención incluyen talleres en las salas de espera de los hospitales, en los servicios de adolescencia y pediatría, en los centros de salud y en ámbitos comunitarios.

Dado que el PPR no cuenta con recursos humanos propios y funciona con el presupuesto de cada servicio y sus profesionales adscriptos, cada Director o Jefe de Servicio desarrolla las actividades *“de acuerdo a su criterio y bajo ciertas directivas pautadas en el Programa”*. Esto significa que la práctica de los derechos sexuales y reproductivos depende de la concepción del mundo de los directores de los hospitales y esa concepción es la que determina que se implemente o no una política o se aplique un Programa. No obstante, o precisamente a causa de ello, en los centros de salud, e independientemente de que el director esté de acuerdo, se informa e indica sobre métodos anticonceptivos.

Los jefes de ginecología y una coordinadora de la Dirección de la Mujer están a cargo del Programa Pap y Mamas en cada uno de los hospitales. Los gastos que demanda el Programa dependen de los presupuestos de la Secretaría de Salud (ginecólogos con turnos extras, uso del mamógrafo, elementos descartables) y de la Dirección General de la

Mujer. En los primeros años del Programa se diseñaron metas de cobertura muy ambiciosas que no se cumplieron porque, por una parte, el Programa no se aplicó en los centros de salud y, por la otra, las campañas de difusión fueron insuficientes. De todas maneras, los responsables de cada hospital señalaron que la demanda creció, en buena parte por la comunicación boca a boca, por la difusión en los hospitales mediante la distribución de folletos o por la derivación de los médicos.

Coordinación interinstitucional

En los 15 años de existencia del PPR se han notado cambios en el ámbito de la prevención, principalmente a través de la conexión con áreas de salud y otras jurisdicciones del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Pese a la colaboración obtenida en la práctica, aún no se han formalizado acuerdos de políticas con el sector de educación.

La dificultad para establecer acuerdos entre distintas áreas del Gobierno de la Ciudad complica el accionar de los Programas: *“pareciera haber cuestiones estructurales, formales, administrativas y burocráticas y el resultado es que las cosas se detienen”*. Esta opinión es sostenida por casi todos los entrevistados.

Logros, problemas y desafíos

Resulta difícil separar logros, problemas y desafíos por las fuertes relaciones que se establecen entre ellos. Uno de los mayores logros fue el crecimiento de la demanda por consultas sobre salud reproductiva, prácticas del Pap y mamografía y trabajo interdisciplinario.

Los problemas más mencionados por los entrevistados son mejorar el funcionamiento de los Programas, atender la demanda con calidad, ampliar los horarios de atención y los radios de acción, sobre todo en lo que se refiere a las infecciones de transmisión sexual y al Sida

La diferencia de concepciones del mundo ante la reproducción humana en los hospitales y centros de salud vuelve a aparecer en los testimonios de los entrevistados como un obstáculo importante; otro gran escollo es la carencia de una asignación presupuestaria para pagar salarios de profesionales exclusivos y para difundir las acciones encaradas (folletos y campañas).

También se señala la necesidad de profundizar la capacitación del equipo de salud en temas de género y pertenencia social. En un estudio de atención de la salud que se realizó entre médicos tocoginecólogos se dio testimonio de grandes diferencias en las relaciones entre los médicos y médicas y las pacientes de estratos socioeconómicos medios y bajos (López y Findling, 1998).

Evaluación y producción de información

La producción de estadísticas parece constituirse en un problema central para la evaluación y el seguimiento de los Programas, porque la información es fragmentaria, inoportuna y poco sistemática. No se han creado mecanismos de seguimiento y evaluación.

Difusión y organización de campañas

Las campañas sobre prevención de la salud reproductiva se efectúan esporádicamente por falta de presupuesto. Algunos entrevistados consideran que las campañas sólo son efectivas si se acompañan de un trabajo que incluya el contacto con la comunidad; otros expresan que la decisión de lanzar una campaña publicitaria se vincula a cuestiones políticas y períodos electorarios.

Incidencia de la Ley de Salud Reproductiva en los Programas de Prevención

La Ley dio legitimidad a la tarea de los profesionales, porque el marco legal es imprescindible para la mejor implementación de los Programas. Según los entrevistados, la Ley ha contribuido de manera importante a dar atención a los adolescentes y a la tarea de promoción y prevención de la salud.

2. Las prácticas preventivas de las mujeres de la Ciudad de Buenos Aires

2.1. Cuestiones metodológicas y perfil de las encuestadas

Para relevar información sobre las prácticas preventivas de las mujeres de 15 a 69 años se diseñó una Encuesta Telefónica. Se eligió este abordaje por la creciente inseguridad y el difícil acceso de los encuestadores a los hogares de la Ciudad de Buenos Aires. Se tuvo en cuenta la elevada cobertura telefónica de la población de la Ciudad de Buenos Aires.

La muestra tuvo originalmente un diseño probabilístico. Debido a la dificultad para encontrar en el hogar a las mujeres más jóvenes, se decidió modificar la estrategia de recolección y, partir del tercer día del trabajo de campo, se rediseñó el mismo con una asignación de cuotas por edades quinquenales proporcional a la de la población femenina de la Ciudad. Como la cobertura telefónica se reduce de manera considerable en los niveles socioeconómicos bajos, se aplicó en ellos un coeficiente que compensara este déficit.

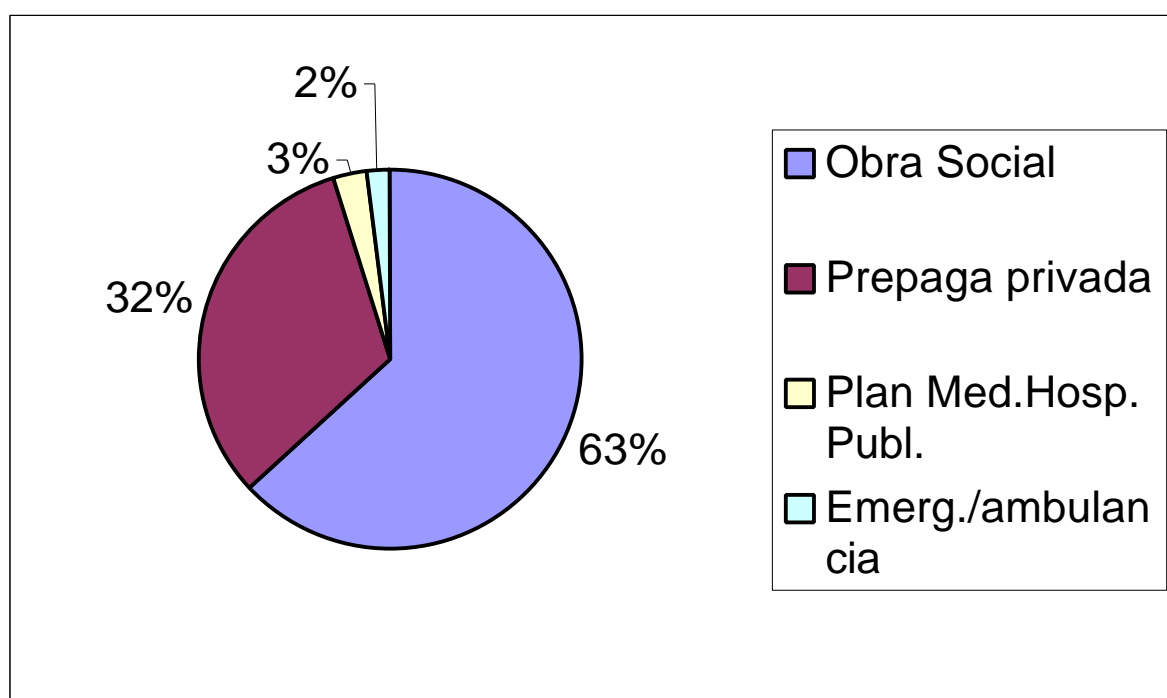
El nivel de instrucción de las encuestadas es alto: el 73% completó la educación secundaria o superó ese nivel (bachillerato) y sólo el 1% no alcanzó a finalizar la educación primaria.

La situación conyugal señala que una cuarta parte de las mujeres es soltera, agrupándose la mayoría de ellas entre los 15 y los 24 años; el 49% es casada, con un peso relativo mayor en las mayores de 30 años; el 12% vive en uniones consensuales, más frecuentemente entre los 20 y los 39 años; el 9% está separada o divorciada, principalmente después de los 35 años y, finalmente, el 5% es viuda, sobre todo a partir de los 55 años. Estos datos son consistentes con las estadísticas oficiales acerca del estado conyugal de las mujeres en la CBA (López y Federico, 2000).

En cuanto a la condición de actividad económica, el 55% de las encuestadas es económicamente activa (46% de ocupadas y 9% desocupadas) y el 45% inactiva. La ocupación se registra con niveles más altos entre los 25 y los 44 años (dos tercios de las mujeres de esas edades están ocupadas). La desocupación afecta principalmente a las mujeres entre los 25 y los 34 años (14% de ellas) y la inactividad a las de 15 a 19 años (90%) y las de 20 a 24 años (40%), por su condición de estudiantes, ascendiendo a más del 45% en las mayores de 50 años.

Con respecto a la seguridad social, el 80% de las mujeres tiene seguro de salud. Las que menos disponen de ese beneficio son las más jóvenes (de 15 a 24 años) solteras, (26%), las que viven en uniones consensuales (36%), las que no terminaron la escuela media (33%) y las desocupadas (49%), contra las ocupadas y las inactivas, que tienen el mayor nivel de cobertura médica al beneficiarse unas y otras de la seguridad social provista por su condición laboral o por la de su cónyuge. La mayor regularidad en el empleo (de ellas mismas, de sus cónyuges o de sus padres) podría explicar este comportamiento. La cobertura de salud aparece netamente diferenciada por nivel de instrucción, favoreciendo a las mujeres más educadas.

Gráfico 1. Mujeres de 15 a 69 años por tipo de cobertura de salud (en porcentajes)



A pesar de la mejor situación relativa de las mujeres de la CBA con respecto a la de sus congéneres del resto del país, los datos sobre seguro de salud señalan un núcleo de vulnerabilidad social que se ha hecho más patente en los últimos años y ha alcanzado magnitudes alarmantes durante 2002. En ese período, a la pérdida del empleo y la consiguiente reducción en los ingresos familiares se agrega la carencia de la cobertura de salud. La consecuencia más visible de estos cambios ha sido el traslado masivo de la población hacia el sistema público, situación descrita en diversos trabajos sobre condiciones de vida (López, 2000; López y Federico, 2000; Altimir y Beccaria, 2000) como fenómeno emergente de la “nueva pobreza”, que arrastra a la población cuyos orígenes y estilos de vida eran los propios de las clases medias urbanas a situaciones de necesidad a las que deben adaptarse a un gran costo material y simbólico.

Al indagar sobre los aspectos más importantes que hacen al cuidado de la salud (Cuadro 1) se detecta que algo más de la mitad de las mujeres considera en primer lugar a “la prevención y/o chequeos” como imprescindible (54%). Una tercera parte opina que “una buena alimentación” es otro requisito para garantizar la salud (35%). y con simila-

res porcentajes se menciona “la tenencia de cobertura de salud” (29%) y “acceder a una buena atención médica” (28%).

La “realización de actividades físicas y deportivas” y el “vivir en condiciones ambientales adecuadas” se indican con menor frecuencia.

Cuadro 1. Aspectos imprescindibles para la salud (en porcentajes)

Aspectos imprescindibles para la salud	%	Aumenta con:
Prevención/ Chequeos	53,2	Mayor educación y de 40 a 54 años
Buena alimentación	34,8	Mayor educación y de 15 a 24 años
Tener obra social/coertura de salud	28,7	De 55 a 69 años
Tener buena atención médica	24,4	De 55 a 69 años
Actividad física/deportes	15,0	Mayor educación y de 15 a 24 años
Tener buenas condiciones ambientales	8,9	
Tener trabajo/no pasar penurias	7,7	
Buena salud mental	4,4	
Medicamentos accesibles/vacunas	4,3	
No fumar	3,1	
Educación/información	2,6	
No beber alcohol	1,5	
Tener servicios de urgencias médicas	1,5	
Servicios e insumos de salud suficientes en hospitales y obras sociales	1,5	
Otros	25,0	
No sabe/ No contesta	1,2	

2.2. La salud génito-mamaria

La consulta ginecológica, factor preponderante en la prevención de las afecciones génito-mamarias, fue realizada en el año anterior al relevamiento por cerca de las dos terceras partes de las mujeres de 15 a 69 años. En el gráfico 2 se destaca, sin embargo, que el 9% de las mujeres de 50 a 59 años y el 18% de las de 60 a 69 años hace más de 3 años que no concurre al ginecólogo en edades a las cuales se considera relevante para el con-

trol de los procesos tumorales femeninos. Esta situación podría indicar que las mujeres consultan más frecuentemente al ginecólogo en las ocasiones en las que acuden a los controles del embarazo o al control de la salud de sus hijos, lo cual es una llamada de atención sobre la insuficientes prevención de las mujeres mayores, que afrontan riesgos crecientes de patología génito-mamaria.

Se preguntó a las mujeres por los motivos de la última consulta ginecológica y el 77% contestó que la hicieron por control preventivo (los porcentajes ascienden a partir de los 25 años y bajan levemente después de los 60); el 13% consultó por algún malestar o enfermedad, el 5% por control del embarazo y el 5% por tratamiento.

En los gráficos 2 a 7 se muestran los porcentajes de mujeres que consultaron al ginecólogo e hicieron estudios relacionados con la prevención. Los resultados muestran que:

- a) en el Pap, cerca de las dos terceras partes de las mujeres de 25 a 54 años lo han realizado durante el último año. A excepción de las más jóvenes, que en general son las que menos han efectuado los estudios, los niveles más bajos corresponden a las mujeres de 55 a 69 años. La colposcopia presenta un perfil similar aunque con valores algo inferiores;
- b) en la mamografía se advierte un crecimiento de los estudios a medida que avanza la edad, que decrece después de los 55 años. Hay que resaltar que el 12% de las mujeres mayores de 40 años nunca lo ha realizado;
- c) en el HIV hay que marcar que cerca de la mitad de las mujeres no se han hecho el estudio, con diferencias por edad. En las de 15 a 24 años la cifra alcanza al 50%, aunque se establecen diferencias entre las de 15 a 19 años (76%) y las de 20 a 24 (36%) ascendiendo los porcentajes en las mayores de 55 años hasta cerca de las tres cuartas partes de las mujeres. Se pone en evidencia la mayor frecuencia de este estudio en las mujeres de 25 a 39 años, debida probablemente a la práctica sexual y preventiva, y
- d) en la densitometría ósea se observan bajas proporciones de mujeres a las cuales se les ha practicado.

Gráfico 2. Mujeres por condicion de consulta ginecológica y tiempo de realización de la misma según edad (en porcentajes)

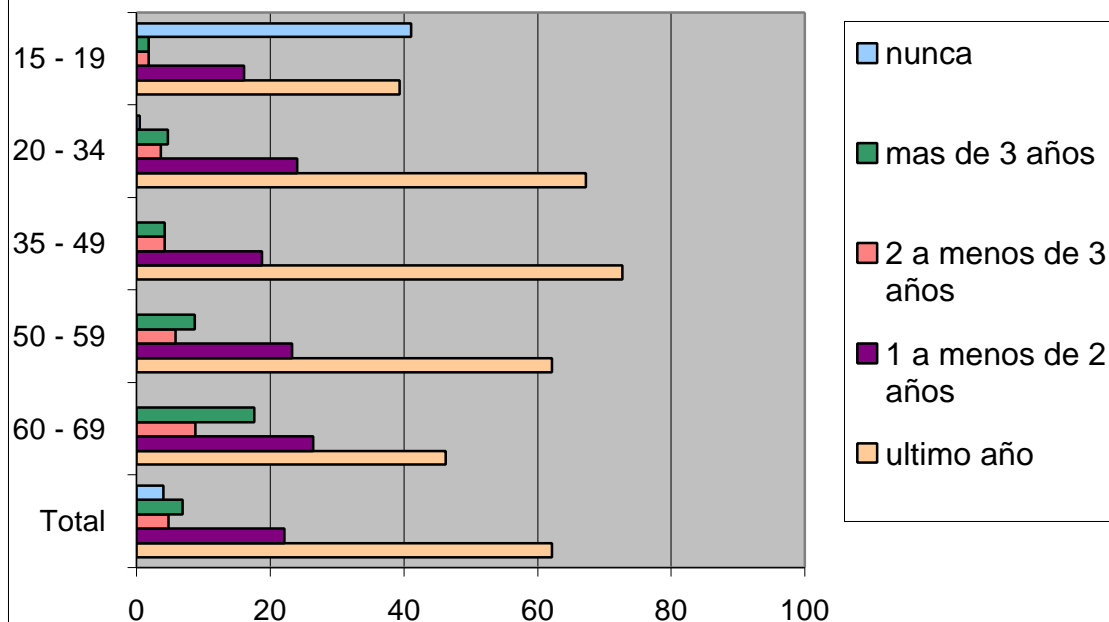


Gráfico 3. Mujeres con consulta ginecológica y condición de realización del último PAP según edad (en porcentajes)

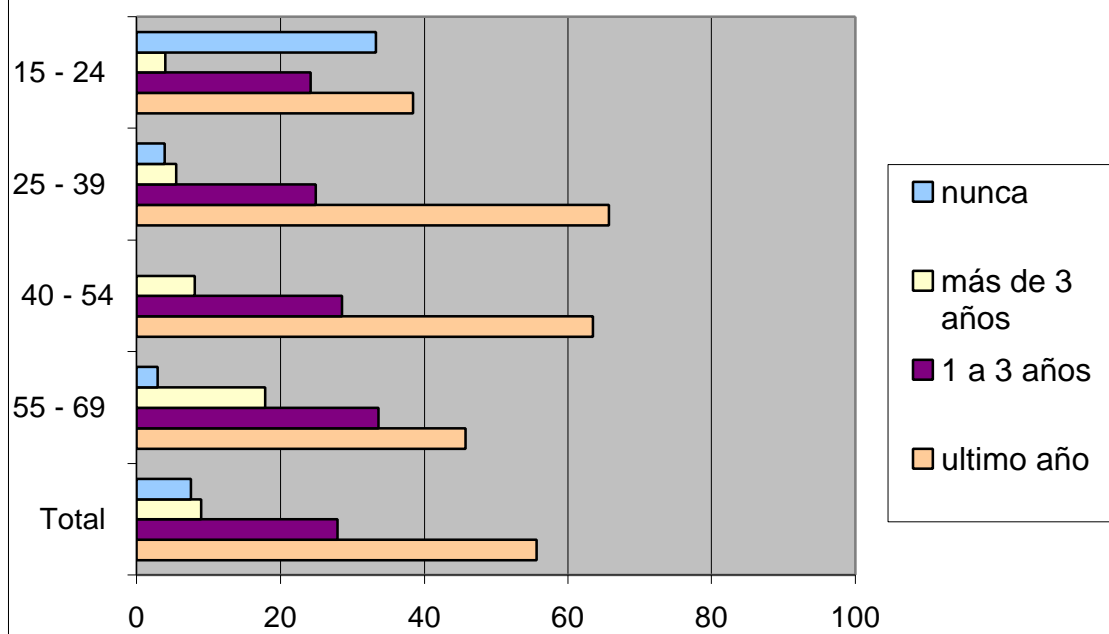


Gráfico 4. Mujeres con consulta ginecológica por condición de realización de la última colposcopia según edad (en porcentajes)

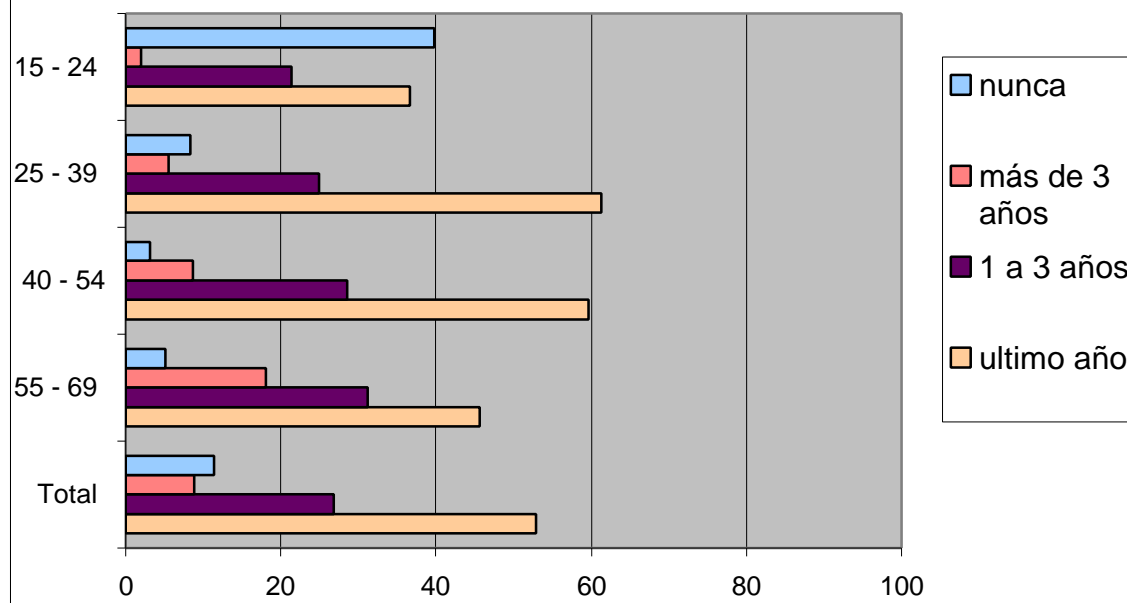


Gráfico 5. Mujeres con consulta ginecológica y condición de realización de la última mamografía según edad (en porcentajes)

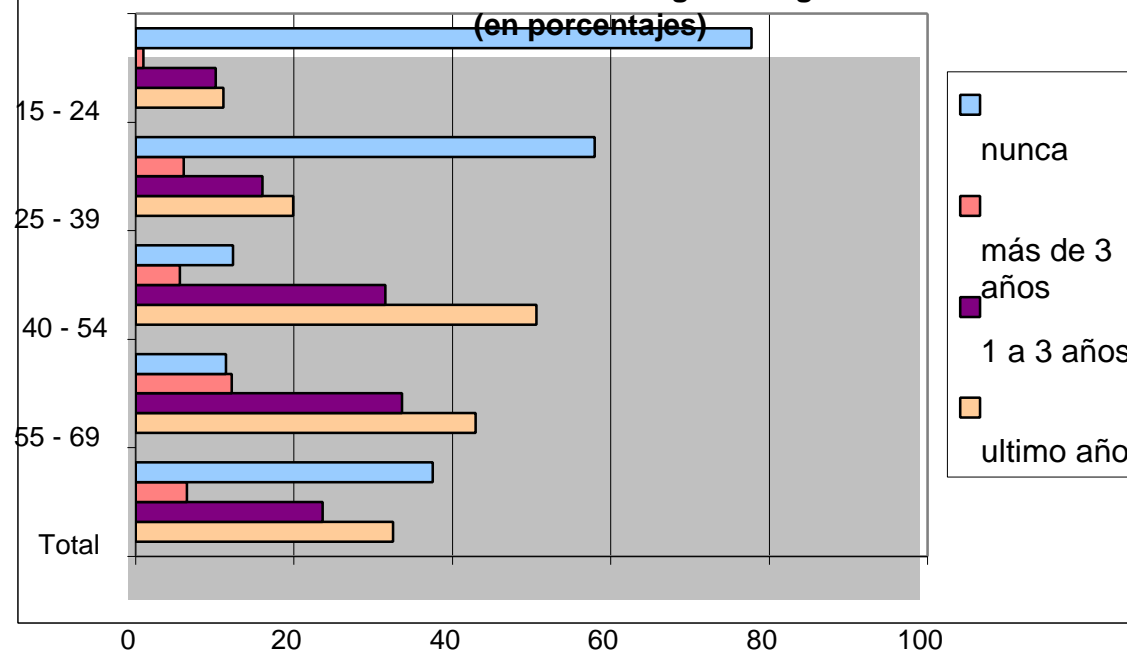


Gráfico 6. Mujeres con consulta ginecológica por condición de realización del último análisis de HIV según edad (en porcentajes)

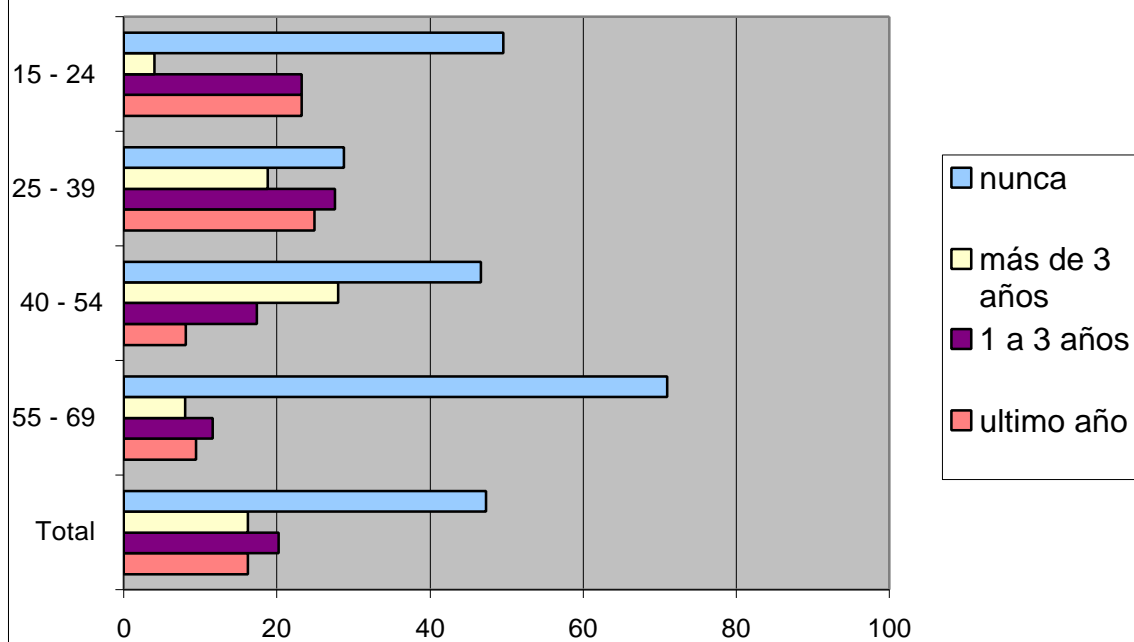
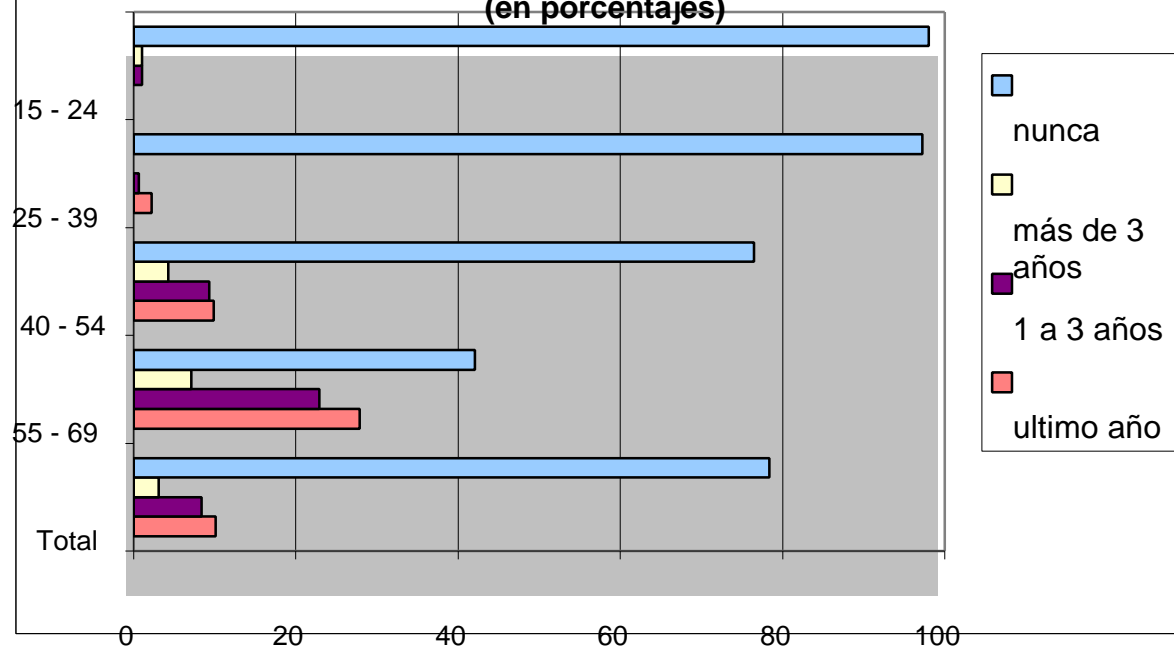


Gráfico 7. Mujeres con consulta ginecológica por condición de realización de la última densitometría ósea según edad (en porcentajes)



2.3. Las madres recientes

Una cuarta parte de las mujeres con hijos nacidos vivos (92) ha tenido al último entre 1997 y 2002 (últimos 5 años). Casi la totalidad de ellas (el 96%) inició el control de su último embarazo durante el primer trimestre; la mitad lo hizo en consultorios o clínicas de la seguridad social, un tercio en consultorios o clínicas privadas o de medicina prepaga (más concentradas en las mayores de 35 años) y el 14% restante en hospitales públicos (predominantemente las mujeres más jóvenes, un tercio de las de 20 a 24 años y una cuarta parte de las de 25 a 29 años), modalidad que se mantiene en al analizar la edad y el establecimiento donde tuvo lugar el parto.

A pesar de no resultar novedosa, se resalta la asociación entre el establecimiento donde se produjo el nacimiento y el tipo de parto, ya que en los hospitales públicos el 93% de los nacimientos se producen en forma normal y, en contraste, tanto en los establecimientos de la seguridad social como en los privados las cesáreas se practican en el 38% de los partos. En trabajos sobre el Área Metropolitana de Buenos Aires (la Ciudad y sus suburbios) ya se había documentado esta tendencia (López y Tamargo, 1995; López y Federico, 2000) y en ellos se mostraron las diversas características que distinguen a las mujeres con operaciones cesáreas: son principalmente casadas, madres de menos hijos, usan anticonceptivos en mayor medida que el promedio, tienen niveles educacionales altos y seguridad social. El exceso de operaciones cesáreas es objeto de preocupación de los responsables de la salud pública en los países de América Latina por la magnitud que adquiere y por sus consecuencias sobre la morbilidad materna e infantil. ¿Cómo interpretar las diferencias en el tipo de parto? Una respuesta puede encontrarse en la capacidad de pago de las mujeres de mayores recursos y en ciertas modalidades de la seguridad social y las empresas de medicina prepaga, que gravan de manera diferencial los partos normales y los quirúrgicos. Se ha demostrado que las cesáreas entrañan mayores riesgos en la salud de mujeres y niños así como costos más elevados para el sistema de salud. Parece importante profundizar la investigación sobre estos temas, en los cuales existen fuertes intereses corporativos y económicos de los proveedores de los servicios de salud.

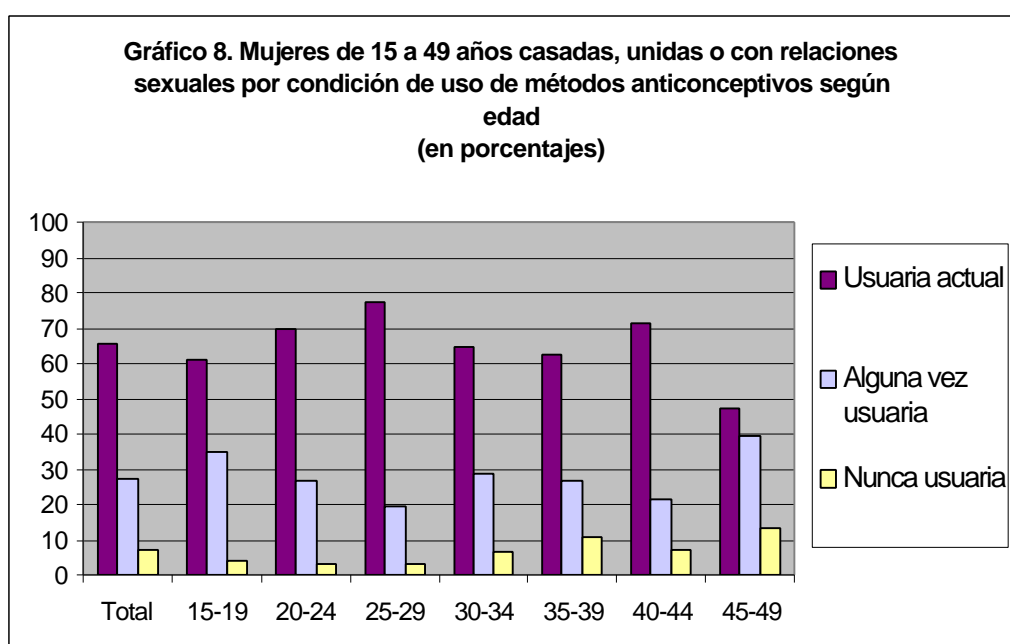
2.4. Anticoncepción

El Gráfico 8 presenta la condición de uso actual de anticonceptivos en las mujeres en unión o con relaciones sexuales de 15 a 49 años (base:369). La prevalencia de uso se sitúa en el 68%. Se destaca el elevado nivel de uso en las mujeres de 20 a 29 años, lo cual podría explicar el patrón de maternidad tardía prevaleciente en la Ciudad de Buenos Aires; asimismo, es dable observar que las adolescentes con relaciones sexuales utilizan los métodos en una alta proporción. De acuerdo a lo esperado, el uso disminuye luego de los 45 años. El nivel educacional influye positivamente en el uso actual y las mujeres que han terminado la educación secundaria muestran mayores valores de uso actual que las menos educadas (67% contra 56%) y el porcentaje de las que nunca usaron es mucho menor (7% contra 17%).

Entre las usuarias actuales (244), alrededor del 80% de las mujeres de 15 a 29 años usaron durante el último mes más de un método anticonceptivo (entre dos tercios y tres cuartos de ellas recurrieron al preservativo en primer término y en segundo lugar a las pastillas) mientras que el resto de las mujeres utilizaron en su casi totalidad un solo método: casi la mitad de las mujeres de 30 a 39 años prefirieron en primer término el preservativo y, en segundo lugar, las pastillas (las de 30 a 34) y el DIU (las de 35 a 39). Las mujeres de 40 a 49 años se dividieron por igual entre las que usaron el preservativo

y el DIU. El uso de pastillas disminuye en forma notable luego de los 35 años. Las principales fuentes de orientación e información sobre los métodos fueron los consultorios privados o de la seguridad social, los familiares o amigos y los centros educativos.

A las mujeres alguna vez usuarias (no usaron anticonceptivos durante el último mes pero los habían utilizado antes) se les preguntó sobre las razones del no uso actual, a lo que respondieron “por la edad avanzada”, “porque no quedan embarazadas o son estériles” o “porque desean embarazarse”. A las mujeres que nunca usaron (solo el 9% del total de 369 mujeres) se les formuló idéntica pregunta y las respuestas fueron “porque deseaba embarazarse”, porque “no lograba un embarazo” o “por el miedo a efectos colaterales”.



2.5 Recordación de campañas

Algo más de un tercio de las entrevistadas (38%) recuerda al menos una campaña de prevención de la salud reproductiva. Se observan diferencias por edad y, a medida que ésta aumenta, disminuye la recordación (Cuadro 2).

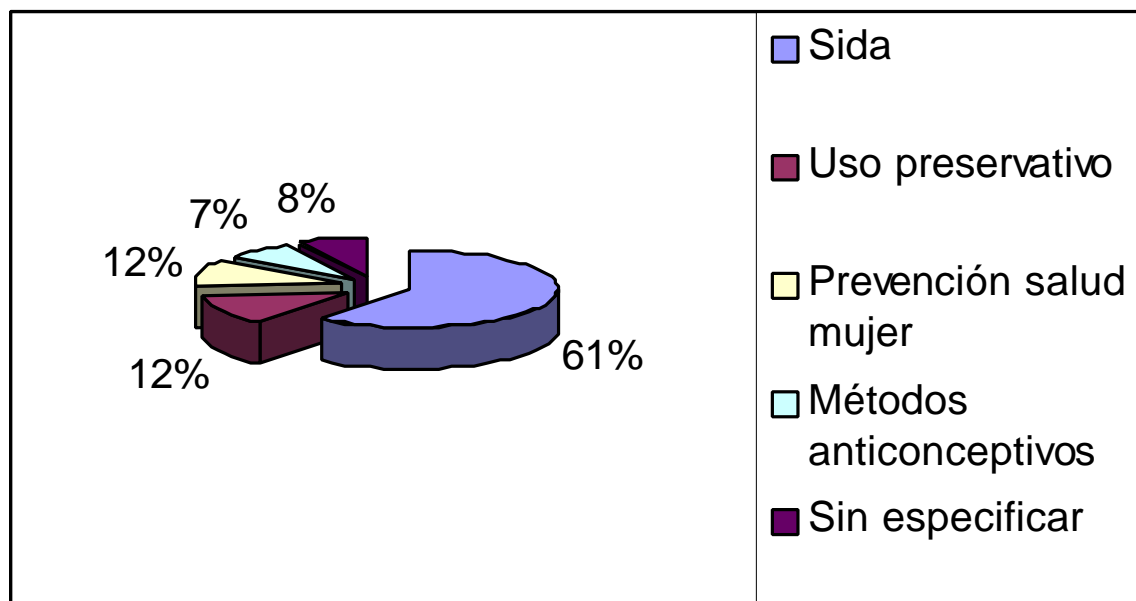
Cuadro 2. Mujeres por recordación de campañas de prevención de la salud reproductiva según edad (en porcentajes)

Rec/Edad	15-24	25-39	40-54	55-69	Total
Recuerda	43	45	36	28	38
No recuerda	57	55	64	72	62
Total	100.0 (123)	100.0 (181)	100.0 (162)	100.0 (141)	100.0 (607)

El gráfico 9 muestra que las mujeres que recordaron campañas sobre prevención evocaron en primer lugar las campañas sobre Sida (61%) referidas a las vías de contagio, al

uso de preservativos y a la necesidad de control durante el embarazo. En segundo lugar, aunque a una distancia considerable, se recordaron las campañas de prevención del cáncer génito-mamario (12%) y las del uso del preservativo sin relacionarlo con el Sida (12%). La recordación de campañas sobre métodos anticonceptivos fue menos frecuente (7%).

Gráfico 9. Tipo de campañas recordadas (en porcentajes)



3. Conclusiones

La organización política federal del país condiciona la injerencia que el Ministerio de Salud pueda ejercer sobre las acciones de cada provincia, lo cual profundiza la heterogeneidad y fragmentación de las políticas de salud en un Estado de Bienestar cada vez más ausente.

Un primer conjunto de conclusiones se extrajo de las entrevistas a los responsables de los Programas de Salud Reproductiva de la Ciudad de Buenos Aires. Su análisis demuestra que el avance logrado en 18 años de democracia ha sido muy lento, resultado de un gran número de trabas ligadas a presiones políticas de signo conservador, fuertemente influenciadas por la Iglesia Católica, y a aspectos organizacionales deficientes que surgen de la estructura del gobierno local. A pesar de las dificultades, el ritmo de logros de los Programas ha ido creciendo en los últimos dos años, debido principalmente a la Ley de Salud Reproductiva aprobada en 2000, pues ella legitimó muchas de las prácticas que se venían ejerciendo en forma encubierta. Es innegable el aporte de los equipos de salud y el apoyo de los profesionales más jóvenes. Sin embargo, pese a la vigencia de la Ley y a las normas de los Programas, todo parece indicar que la salud reproductiva depende en gran medida de los criterios, convicciones y concepciones del mundo de los jefes de los servicios o de los directores de los hospitales. A esto se agrega la escasa importancia otorgada al proceso de evaluación de los Programas y a la producción de información de calidad. En este panorama no resulta menor la falta de asignación de presupuesto destinado a los recursos humanos de los Programas.

El segundo cuerpo de conclusiones se basa en los resultados de la Encuesta de Salud Reproductiva y Prevención. La información permite ver que si bien las prácticas preventivas son ejercidas por un importante porcentaje de mujeres, ellas no alcanzan de manera adecuada a las mujeres de más edad; en ellas, la frecuencia relativamente baja de las prácticas del control del cáncer indica un punto nodal de los problemas a resolver. Es difícil pensar que estas mujeres puedan, sólo por sí mismas, producir una transformación de sus hábitos de cuidado de la salud: son las menos escolarizadas, están más solas, por su edad no llevan a sus hijos a la consulta de salud, pueden considerar prioritarios otros problemas de salud o sentir pudor, miedo y vergüenza hacia la consulta ginecológica, no están suficientemente informadas y tienen una menor percepción de las campañas preventivas. Ubicado el origen del problema debería diseñarse una estrategia orientada a modificar las prácticas de las mujeres mayores incentivando la noción de riesgo y la necesidad de la prevención.

Una última observación es la constatación del abuso de los nacimientos por cesárea en las mujeres de sectores medios que, aunque no constituye una novedad, se convierte en un tema de constante preocupación en diversos ámbitos de la salud.

El tercer conjunto de conclusiones intenta proponer algunas ideas para avanzar en la construcción social del riesgo en la Argentina. En un país signado por un fuerte endeudamiento externo, baja productividad, elevado nivel de pobreza y marcados índices de desempleo, la noción de prevención está aún poco instalada. Las omisiones resultan evidentes en las políticas centradas en el individuo, como por ejemplo las del control del tabaco y del alcohol o los accidentes de tránsito - se penaliza escasamente a las personas que no usan el cinturón de seguridad en los automóviles o cascos en las motocicletas- y también en aquellas políticas cuyo eje son las cuestiones de Estado como la disminución de la pobreza, el mejoramiento de la salud materno-infantil, un mayor acceso a los servicios de salud y la prevención. Si bien las organizaciones no gubernamentales tienen una presencia creciente en la Argentina, sólo intentan mitigar aspectos parciales para suplir el continuo retiro del Estado en áreas vitales de la política social. En este sentido es importante avanzar en el análisis de las prácticas que conducen a convertir ciertos bienes y servicios en derechos sociales. La educación de las mujeres es un factor crítico en la salud familiar y se menciona entre los más importantes intercambios para la reducción del riesgo en salud, especialmente en los programas de atención primaria de la salud. Por ello el debate para la construcción social del riesgo es un tema prioritario de la agenda de los actores del sector salud.

Bibliografía

- Altimir, O. y L. Beccaria. 2000. "La distribución del ingreso y el nuevo orden económico", en *Socialis. Revista Latinoamericana de Políticas Sociales*, 2: 53-81.
- Bourdieu, P. 1985. "La producción y reproducción de la lengua legítima", en *Qué significa hablar*, Madrid, Editorial Akal.
- Douglas, M. 1996. *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Barcelona, Paidós Studio.
- López, E. y M. del C. Tamargo. 1995. "La salud de la mujer", en *Infancia y condiciones de vida. Encuesta especial para el diagnóstico y la evaluación de las metas sociales*. Buenos Aires, INDEC: 163-197.
- y L. Findling. 1998. "La diversidad de discursos y prácticas médicas en la salud reproductiva: ¿qué se dice, a quién y cómo?", en *Avances en la investigación social de salud reproductiva y sexualidad*. Buenos Aires, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Centro de Estudios de Población (CENEP) y Asociación de Estudios de Población de la Argentina (AEPA): 79-104.
- y A. Federico. 2000. "Salud de las mujeres y vulnerabilidad: vida reproductiva y prácticas preventivas". Ponencia presentada en el Seminario Internacional La demografía de la pobreza en América Latina organizado por el Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO) y el Comparative Research Programme on Poverty (CROP). Buenos Aires, noviembre de 2000. En prensa en *Estudios Sociológicos*.
- Loria I., M. Vilensky y E. Matos. 1993: "Distribución geográfica de la mortalidad por cáncer en la Argentina (1980-1986)". *Prensa Médica Argentina*, 80:372-378.
- Ministerio de Salud de la República Argentina. 2000. Estadísticas Vitales. Serie 5, N° 43/00.
- Matos E., I. Loria, C. García y M. Vilensky. 1995: "Nuevos datos sobre mortalidad por cáncer en la Argentina (1989-1992)". *Prensa Médica Argentina*, 82:334-344.
- Ministerio de Salud y Acción Social. 1995. Programa Nacional de Estadísticas de Salud.
- Nathanson, C. 1996. "Disease prevention as social change", *Population and Development Review* 22, 4: 609-637.
- Ramos, S. y E. A. Pantelides. 1990. *Dificultades en la prevención secundaria del cáncer e cuello de útero: las mujeres y los médicos frente a una citología cervical de resultado positivo*. Buenos Aires, CEDES.